



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL



EXPEDIENTE N.º 3081-2007-PA/TC
LIMA
R.J.S.A. Vda. de R.

SENTENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

En Lima, a los 9 días del mes de noviembre de 2007, la Sala Segunda del Tribunal Constitucional, integrada por los magistrados Mesía Ramírez, Vergara Gotelli y Álvarez Miranda, pronuncia la siguiente sentencia.

I. ASUNTO

Recurso de agravio constitucional interpuesto por doña R.J.S.A. Vda. de R., a nombre propio y en su calidad de curadora representante de su hija G. R. S. contra la sentencia de la Quinta Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima, de fojas 210, su fecha 26 de marzo del 2007, que declaró improcedente la demanda de amparo de autos.

II. ANTECEDENTES

1. Demanda

Con fecha 21 de diciembre de 2005, la recurrente interpone demanda de amparo contra EsSalud, solicitando que se deje sin efecto la orden de alta de su hija G. R. S. (46 años), la misma que padece de esquizofrenia paranoide. Alega que dicha orden se sustenta en el informe médico de alta otorgado por el doctor Jorge E. de la Vega Rázuri, médico psiquiatra del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos (CRIPC) Hospital 1 Huariaca-EsSalud – Pasco.

Menciona que con fecha 27 de octubre de 2004 se le notificó la Carta N.º 14-JEDR-CRIPC-HIH-ESSALUD-04, mediante la cual se informa que su hija se encuentra en condición de alta; que sin embargo, en dicha resolución se establece una diversidad de requerimientos y cuidados para recuperar su salud mental y continuar con el tratamiento, algo que es imposible que pueda asumir, toda vez que es una anciana que vive sola y en un lugar que carece de servicios básicos como energía eléctrica y agua potable; y, indica que de esta situación ya ha sido advertida la asistente social del Instituto de Salud Mental en la que se encuentra internada su hija G. R. S.

Sostiene que el informe médico de alta contiene una diversidad de contradicciones que demostrarían que, materialmente, la paciente G. R. S. no se encuentra totalmente curada, lo que explicaría las medidas y requerimientos fijados en dicho informe para recuperar su estado mental. Dicha contradicción se evidenciaría con la afirmación “(...) No pronosticamos una mejoría mayor con el tiempo (...)”.



De otro lado, sostiene que debe tomarse en consideración que la enfermedad que padece su hija puede implicar que reaccione con violencia y que pueda atentar contra la vida o la integridad de personas, entre ellas, sus propios familiares.

2. Contestación de demanda

El Seguro Social de Salud EsSalud contesta la demanda señalando que la condición de alta de G. R. S. ha sido establecida bajo un criterio médico que ha tomado en consideración el comportamiento y evolución de la paciente. Asimismo, manifiesta que el padre de G. R. S., ya fallecido, se comprometió a retirar a G. R. S. cuando se disponga su alta, compromiso que es conocido por la recurrente.

Por otra parte, argumenta que no se ha adjuntado documento alguno que pruebe que la demandada ha violado el derecho a la salud de la paciente; que las afirmaciones de la demandante, en el sentido de que carece de familiares en el país que puedan hacerse cargo de G. R. S., no debe ser consideradas como una causal que justifique su hospitalización indefinida, pues ha cumplido satisfactoriamente con el tratamiento, encontrándose apta para continuarlo fuera del centro hospitalario.

Sostiene que la enfermedad psiquiátrica de G. R. S. no es pasible de una recuperación total, pero sí cabe la posibilidad de que se reinserte tanto en la sociedad como en la vida familiar, luego de un tratamiento al interior de una institución de salud mental.

3. Resolución de primer grado

Con fecha 2 de mayo del 2006, el Décimo Juzgado Especializado en lo Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima declara improcedente la demanda, por considerar que no se ha producido una vulneración o amenaza contra el derecho a la salud de la recurrente; por lo que, en todo caso, la determinación de esta afectación o amenaza del derecho fundamental requeriría de la actuación de medios probatorios, lo que no resulta viable en un proceso constitucional de amparo, en virtud de lo dispuesto en el artículo 9.º del Código Procesal Constitucional.

4. Resolución de segundo grado

La recurrida confirma la resolución apelada aduciendo que no existen elementos de juicio suficientes para considerar que se ha incumplido con el deber del Estado de otorgar una prestación integral de salud a G. R. S. toda vez que la demandada no ha suspendido el tratamiento a la paciente, sino que considera que ésta se encuentra en condiciones de seguirlo en condición de alta. Asimismo, entiende que si lo que se pretende es cuestionar el informe médico debido a que no se corresponde con el estado real de la paciente, ello requerirá de una pericia médica, lo no puede ser determinado en un proceso de amparo ya que carece de etapa probatoria, conforme a lo dispuesto por el artículo 9.º del Código Procesal Constitucional.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

5. Recurso de agravio constitucional

Con fecha 27 de abril del 2007 la demandante interpone recurso de agravio constitucional. Afirma que si en el propio informe médico de alta se sostiene que la paciente no va a presentar una mejoría mayor con el tiempo, entonces lo que realmente está pretendiendo el demandado es desprenderse de ella, lo que constituye una afectación del derecho a la salud. Asimismo, discrepa de la necesidad de la existencia de una etapa probatoria, en la medida que la vulneración del derecho a la salud es evidente, ya que el propio informe médico reconoce que no se producirá una mayor mejoría con el tiempo. Además, considera evidente que la entrega de la paciente a R. J. S. A. Vda. de R. pondría en serio riesgo su vida e integridad física y psíquica.

III. FUNDAMENTOS

§1. PRECISIÓN DEL PETITORIO DE LA DEMANDA

En el presente caso el objeto de la demanda es que se deje sin efecto la orden de alta de G. R. S. expedida por el Hospital 1 Huariaca EsSalud, y que se le otorgue atención médica permanente e indefinida en dicho centro hospitalario, alegándose que dicha orden de alta es violatoria del derecho a la salud.

§2. CUESTIONES PROCESALES PREVIAS

La interpretación del artículo 9º del Código Procesal Constitucional

1. En primer lugar es pertinente señalar que el artículo 9º del Código Procesal Constitucional establece que “(...) En los procesos constitucionales no existe etapa probatoria. Sólo son procedentes los medios probatorios que no requieren actuación, lo que no impide la realización de las actuaciones probatorias que el Juez considere indispensables, sin afectar la duración del proceso. En este último caso no se requerirá notificación previa”.
2. La carencia de la etapa probatoria se debe a que el proceso de amparo solo tiene por finalidad reestablecer el ejercicio de un derecho constitucional. Su objetivo es eminentemente restitutorio, es decir, solo analiza si el acto reclamado es lesivo de un derecho reconocido por la Constitución. Las pruebas se presentan en la etapa postulatoria, siendo improcedentes las que requieran de actuación.
3. Si bien el artículo 9º del referido Código limita y establece la ausencia de etapa probatoria en los procesos constitucionales, también es cierto que existe una excepción a la regla cuando en la segunda parte del mismo artículo se permite “(...) la realización de actuaciones probatorias que el juez considere indispensables, sin afectar la duración del proceso”.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Desde esta perspectiva, lo que existe en realidad es solo una limitación de la actuación probatoria, pues en la práctica es indispensable la presentación de pruebas que acrediten la violación o amenaza de un derecho constitucional.

4. La excepción a la regla tiene como fundamento lo previsto en el artículo 1° del Código, en el sentido de que la finalidad de todos los procesos de derechos humanos es “(...) proteger los derechos constitucionales reponiendo las cosas al estado anterior a la violación o amenaza de un derecho constitucional”. Partiendo de esta premisa, este Tribunal tiene el deber inexcusable de realizar cualquier actuación probatoria que considere necesario siempre que con ello no se afecte la duración del proceso. Es en este contexto que se explica la facultad del Tribunal Constitucional para solicitar, por ejemplo, la participación de un *amicus curiae*, tal como sucedió en la STC 7435-2006-PA/TC al amparo del artículo 13-A de su Reglamento Normativo.

La necesidad de invocación del amicus curiae en el proceso de amparo

5. Partiendo de la facultad especial contenida en el artículo 13°- A del Reglamento Normativo del Tribunal Constitucional, “*el Pleno o las Salas pueden solicitar información de los amicus curiae (amici curiarum), si fuera el caso, a fin de esclarecer aspectos especializados que puedan surgir del estudio de los actuados*”. En el caso *sub judice*, este Colegiado considera imprescindible para su dilucidación la opinión de personas con un amplio conocimiento sobre la salud mental, tanto desde el punto de vista médico, como desde la perspectiva de la ejecución de las políticas públicas.
6. El *amicus curiae* (amigo de la Corte) se materializa con la participación de terceros ajenos al proceso, a fin de ilustrar a los jueces sobre aspectos técnicos de alta especialización, que habrán de incidir de manera relevante a la hora de la decisión final. Así por ejemplo, este Colegiado es consciente sobre su incapacidad de formarse juicio si no cuenta con una información médica especializada sobre las secuelas de la esquizofrenia paranoide, su tratamiento clínico y las repercusiones del método intramural en la integridad personal de la paciente G. R. S. que tiene problemas de salud mental.
7. El *amicus curiae* se justifica cuando se trata de la protección de ciertos derechos que por su propia naturaleza pueden ser objeto de distintos enfoques científicos, como son la salud mental, la integridad psíquica y física. De lo contrario, se corre el riesgo que en ciertos procesos de amparo se concluya con una decisión injusta, contraria al principio-derecho de dignidad de la persona humana.
8. Por consiguiente, la intervención del *amicus curiae* en el presente proceso se encuentra legitimada no solo por el reglamento del Tribunal Constitucional, sino también por la naturaleza del derecho constitucional invocado. La presencia del *amicus curiae*, el pedido de información, así como la solicitud de documentación no deben considerarse *a priori* como medios probatorios inadecuados que habrán de dilatar el desarrollo del proceso, sino más bien como



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

instrumentos procesales al servicio de una protección eficaz de los derechos constitucionales.

La irreparabilidad del derecho constitucional invocado, el amicus curiae y la solicitud de información

9. La participación del *amicus curiae* puede ser incluso necesaria cuando el derecho se ha convertido en irreparable luego de presentada la demanda, ya que su presencia puede ayudar a esclarecer el grado de responsabilidad del autor del acto lesivo. En ese supuesto, el juez constitucional declarará fundada la demanda precisando los alcances de su decisión, disponiendo que el emplazado no vuelva a incurrir en las acciones u omisiones que motivaron la interposición de la demanda, y que si fuere de modo contrario se le aplicarán las medidas coercitivas previstas en el artículo 22° del Código Procesal Constitucional, sin perjuicio de la responsabilidad penal que corresponda. Tampoco nada impide que frente a la irreparabilidad el Tribunal Constitucional pueda solicitar los informes y documentos que considere necesarios, de conformidad con el artículo 119° del mismo cuerpo de leyes.

Capacidad para ser parte en función de la legitimidad para obrar de la demandante

10. A diferencia de lo que acontece con el proceso de hábeas corpus, en el amparo, de conformidad con el artículo 39° del Código Procesal Constitucional, sólo el afectado en su derecho constitucional es el que puede interponer la acción; es decir, es el único que goza de la llamada legitimidad *ad causam*.
11. En efecto, “... el principio que se establece es que corresponde al titular del derecho interponer la acción si es que se siente o dice sentirse perjudicado por un acto u omisión de autoridad, funcionario o persona que viola su derecho constitucional. De este modo, pues, se excluye la posibilidad de que el proceso de amparo pueda ser promovido por quien no es agraviado, salvo el supuesto de la procuración oficiosa reconocida por el artículo 41° del Código Procesal Constitucional. No hay posibilidad de su articulación por parte de terceros que no sean capaces de demostrar la afectación de un derecho constitucional propio, con excepción de la Defensoría del Pueblo que en tal caso actúa bajo la calidad de legitimado *ad processum*”.
12. En consecuencia, para emitir un pronunciamiento de fondo, el juez que califica la demanda deberá evaluar si el accionante es, en efecto, el titular del derecho constitucional invocado.

La representación procesal en el presente caso

13. Fluye de los actuados que la demandante interpone la acción como curadora de su hija mayor. Y aun cuando en apariencia la accionante interpone la demanda para proteger su derecho propio a la vida e integridad personal, en verdad lo que persigue con su petitorio es salvaguardar la salud de su hija mayor que adolece



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

de incapacidad absoluta irreversible por un grave deterioro de su salud mental (art. 43, inc. 2 del Código Civil). Teniendo en cuenta que en los procesos constitucionales le asiste al juez la obligación de suplir la demanda o queja procesal deficiente, este Tribunal entiende que el petitorio de la demandante consiste en la protección de la salud mental de su señora hija y que actúa como su representante en calidad de curadora (art. 569°, inciso 2 del Código Civil). Asimismo, el artículo 45° del Código Civil establece que los representantes legales de los incapaces ejercen sus derechos civiles de estos según las normas referentes a la patria potestad, tutela y curatela. Pero nada impide que sean también los llamados a la defensa de sus derechos constitucionales. La legitimidad *ad causam* en este caso se halla probada, a tenor del artículo 40° del Código Procesal Constitucional, que a la letra dice en su parte pertinente: “(...) el afectado puede comparecer por medio de representante procesal sin que sea necesaria la inscripción de la representación”.

14. En efecto, tal como lo ha declarado el Tribunal Constitucional en otra oportunidad -STC 0518-2004-AA fundamento 10- “(...) toda persona natural puede accionar por sí misma, o mediante la representación legal, convencional o judicial. En el caso de la representación legal, los que carecen de la capacidad de ejercicio son sustituidos en el ejercicio del derecho de acción (padres representan a sus hijos menores, los tutores respecto de los menores no sometidos a la patria potestad, o curadores respecto de los mayores de edad sometidos a interdicción) (...)”.

15. En conclusión, la demandante interpone el presente proceso como curadora de su hija G. R. S., incapaz absoluta, declarada interdicta civil por padecer de esquizofrenia paranoide de tipo crónico, siendo una persona dependiente tanto física como mentalmente, tal como se observa de fojas. 59 a 72. Es decir, doña R. J. S. A. Vda de R. tiene legitimidad procesal ya que la ley le ha conferido la representación de su hija G. R. S., pudiendo actuar en su nombre y representación por tratarse de una persona que carece de discernimiento.

§3. EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y EL ESTADO SOCIAL Y DEMOCRÁTICO DE DERECHO

16. Con relación a la jurisprudencia del Tribunal Constitucional relativa al derecho a la salud, una de las sentencias más relevantes –sino la de mayor importancia hasta el momento– lo constituye la recaída en el caso de Azanca Alhelí Meza García (Expediente N.º 2945-2003-AA/TC).

17. En esta sentencia se aborda uno de los temas medulares relativos a los denominados derechos económicos, sociales y culturales: su exigibilidad ante organismos jurisdiccionales. Pero, además, define lo que puede entenderse por salud. Ciertamente, en el fundamento 30 de la sentencia antes mencionada, el Tribunal Constitucional expresó:



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

“(…) La salud puede ser entendida como el funcionamiento armónico del organismo tanto del aspecto físico como psicológico del ser humano. Es evidente que, como tal, constituye una condición indispensable para el desarrollo y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo”.

18. También en un afán de sistematización del derecho a la salud, el Tribunal Constitucional en sus sentencias 2945-2003-AA/TC, 2016-2003-AA/TC y 1956-2004-AA/TC, puso de relieve sus componentes fisiológicos y orgánicos:

“(…) el derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener el estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento; acciones cuyo cumplimiento corresponde al Estado, el cual debe garantizar una progresiva y cada vez más consolidada calidad de vida, invirtiendo en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo, para tal efecto, adoptar políticas, planes y programas en ese sentido”.

19. Visto desde el ámbito del derecho internacional de los Derechos Humanos, la salud no debe entenderse como un derecho por la cual se exige que el Estado garantice a todos sus súbditos el funcionamiento normal de su sistema orgánico, tanto en sus aspectos físicos, biológicos y psíquicos, sino más bien como uno que garantice el acceso a prestaciones de salud adecuadas, de calidad, con médicos competentes y con políticas públicas coherentes. Sin embargo, desde una perspectiva constitucional, lo expuesto condujo al supremo intérprete de la Constitución a la conclusión de que la salud no puede ser entendida desde un ámbito negativo de ausencia de enfermedad, sino que exige también una contraparte, una faceta positiva, en el sentido de que todos tienen “(…) el derecho de que se le asignen medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica, correspondiente al nivel que lo permiten los recursos públicos y la solidaridad de la comunidad”.

20. En este orden de ideas, el Tribunal Constitucional considera que la salud puede ser enfocada desde tres perspectivas: a) individual, b) familiar y c) en un contexto comunitario o colectivo. Este último aspecto —el comunitario o colectivo— trae como consecuencia directa que su exigibilidad se vea condicionada a aspectos presupuestales. En el caso “Azanca Alhelí” el Tribunal lo puso de relieve:

“(…) 32. Como se ha señalado anteriormente, los derechos sociales, como la salud pública, no pueden ser exigidos de la misma manera en todos los casos, pues no se trata de prestaciones específicas, en tanto dependen de la ejecución presupuestal para el cumplimiento de lo exigido, lo contrario supondría que cada individuo podría exigir judicialmente al



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Estado un puesto de trabajo o una prestación específica de vivienda o salud en cualquier momento.”

21. Pero, el condicionamiento de la exigibilidad de los derechos sociales, entre ellos el derecho a la salud, al presupuesto ¿implica que el Estado tenga plena discrecionalidad en la asignación de recursos públicos? La respuesta es negativa, debido a que la undécima disposición transitoria y final de la Constitución debe ser interpretada en concordancia con el Pacto de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. Al respecto, el Tribunal Constitucional ha recordado que:

“(…) 37. Lo declarado en la undécima disposición final y transitoria de nuestra Constitución es concordante con el artículo 2.1 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que precisa que los estados se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de recursos que se disponga para lograr, progresivamente, la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto, entre ellos la salud. Es evidente que el Estado peruano no puede eximirse de esta obligación, ni tampoco asumirla como un ideal de gestión, pues se trata de una obligación perentoria a ser cumplida, si bien de manera progresiva, siempre en plazos razonables y acompañados de acciones concretas”.

22. Lo expuesto encuentra sustento en la nueva visión de los derechos sociales acogida por el supremo intérprete de la Constitución. En ella se ha dejado de lado la visión programática de los derechos sociales que amplía el margen de discrecionalidad del Estado. La nueva le impone más bien determinadas obligaciones y deberes. En el fundamento 12 de la sentencia en comentario se mencionó:

“(…) 12. Si bien es cierto que la efectividad de los derechos sociales requiere un mínimo de actuación del Estado a través del establecimiento de servicios públicos, así como de la sociedad mediante la contribución de impuestos, ya que toda política social necesita de una ejecución presupuestal, también lo es que estos derivan en obligaciones concretas por cumplir, por lo que los Estados deben adoptar medidas constantes y eficaces para lograr progresivamente la plena efectividad de los mismos en igualdad de condiciones para la totalidad de la población”.

23. No obstante el carácter progresivo del derecho a la salud en función de las posibilidades presupuestales, debe tenerse en cuenta, para arribar a un fallo válido, que la exigibilidad de un derecho social siempre depende de tres factores: a) la gravedad y razonabilidad del caso; b) su vinculación con otros derechos fundamentales; y, c) la disponibilidad presupuestal. Pero tanto en el derecho interno como en el derecho internacional de los derechos humanos, se reconoce la estrecha vinculación entre la vida y la salud, a tal punto que las carencias presupuestales no pueden ser un obstáculo ni un argumento válido para negarle a una persona las prestaciones de salud, de tal manera que se ponga en riesgo su derecho a la vida.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

24. En esa dirección, el Tribunal estima que en el marco de un Estado social y democrático de derecho la salud es un derecho constitucional de carácter indiscutible, lo que descarta la discrecionalidad, por lo que es deber del Estado adoptar las medidas pertinentes para la satisfacción del derecho. Así lo ha puesto de relieve en el fundamento 7 de la citada sentencia N° 2945-2003-AA/TC:

“(…) O la salud es un derecho constitucional indiscutible y, como tal, generador de acciones positivas por parte de los poderes públicos, o simplemente se trata de una opción de actuación discrecional y, como tal, prescindible de acuerdo con la óptima disponibilidad de recursos. Entre ambas alternativas, y por lo que ya se ha puntualizado, el Estado social solo puede ser compatible con la primera de las descritas, pues resulta inobjetable que allí donde se ha reconocido la condición fundamental del derecho a la salud, deben promoverse, desde el Estado, condiciones que lo garanticen de modo progresivo, y que se le dispense protección adecuada a quienes ya gocen del mismo”.

§4. EL DERECHO A LA SALUD MENTAL Y EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

25. El derecho a la salud y, particularmente, el derecho humano a la salud mental, incluye, por una parte, la interdicción de intromisiones estatales en la esfera individual, y por otra, un elenco de garantías en beneficio de la *dignitas personae*, lo que implica una enorme variable de factores socio-económicos imprescindibles para el desarrollo sano del ser humano. En otras palabras, el derecho a la salud mental tiene como contenido esencial los elementos que son inherentes al derecho a la salud, pero con la particularidad de que sus titulares constituyen un sector de la población altamente vulnerable, que requiere de una visión de sus derechos fundamentales desde una óptica que no sólo entraña categorías jurídicas, sino también médicas, antropológicas, sociológicas, entre otros aspectos, que han sido considerados por los estándares internacionales de protección de los derechos humanos.
26. De ahí que las obligaciones estatales no se constriñen, como ya se dijo, a una garantía de respeto, en el sentido de una libertad negativa de un no hacer, sino que importan, en virtud del artículo 9° de la Constitución, un conjunto de acciones positivas a fin de que el derecho a la salud no sea un ideal, una entelequia platónica, ni una fórmula vaciada de contenido por su carácter de norma programática. Todo lo contrario, al Estado le corresponde actuar de manera coordinada y descentralizada a fin de que las políticas no se conviertan en meras proclamas y que la salud mental termine por ocupar el primer lugar entre las enfermedades de los peruanos, hasta el punto de ser en la actualidad un verdadero problema de salud pública.
27. El artículo 7° de la Constitución ordena que la persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental, tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad. Asimismo, la Cuarta Disposición Final y Transitoria de la



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Constitución establece que “(...) las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y con los Tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú”. En consecuencia, para determinar el contenido específico del derecho a la salud mental, reconocido por el artículo 7° de la Constitución, es necesario vislumbrarlo desde la atalaya de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos.

28. En el sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos destacan los siguientes instrumentos internacionales:

1. La Declaración Universal de los Derechos Humanos

(Aprobada por Resolución Legislativa N° 13282 del 15 de diciembre de 1959).

El artículo 25.1 consagra el derecho a la salud y dice, literalmente: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

2. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Ratificado bajo instrumento de adhesión de fecha 12 de abril de 1978, depositado el 28 de abril de 1978).

El artículo 12° de este instrumento internacional reconoce no solo el derecho a la salud, a secas, sino que incide especialmente, en la salud física y mental: “(...) Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (...) Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para (...) d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas ha precisado el contenido normativo del artículo 12° (Observación General N.º 14 (E/C.12/2000/4)):

(...) “30. Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles (...) Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

(...) 33. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de *respetar*, *proteger* y *cumplir*. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de *respetar* exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de *proteger* requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de *cumplir* requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.”

3. Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. (AG res. 2856 [XXVI], 26, U.N. GAOR Supp. [No. 29] p. 93, ONU. Doc. A/8429 [1971])

La Declaración de los Derechos del Retrasado Mental demandó a la comunidad internacional de naciones que se adoptasen medidas tendientes a servir de base y referencia común para la protección de los derechos de esta clase de discapacitados. En esta Declaración se reconoce principalmente como derechos del retrasado mental los referidos a tener un nivel de vida decoroso, con atención médica, rehabilitación y a contar con un tutor calificado. Señala que el deber del Estado es brindar asistencia al hogar de dichas personas, de forma tal que puedan reinsertarse a la sociedad permitiendo su desarrollo al máximo con posibilidades de desempeñar un empleo productivo o alguna otra actividad acorde con la dignidad humana.

Cuando sea imprescindible el internamiento del paciente deberá tenerse en cuenta que la institución debe propiciar un ambiente adecuado con condiciones de vida, semejantes a los de la vida normal en sociedad.

En el fondo, el fin que perseguía la Asamblea General de las Naciones Unidas a la hora de aprobar esta Declaración era que los Estados civilizados adquirieran conciencia sobre el derecho de los retrasados mentales a gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos. Y en cuanto a los procesos judiciales en los que se vean comprendidos, se invocó la existencia de procedimientos con salvaguardas jurídicas destinados a protegerlos contra toda forma de abuso. Se sostuvo también la necesidad de que esos procedimientos estuviesen basados en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Y por último, que estuviese garantizado su derecho a apelar ante autoridades superiores.

4. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. (AG.46/119, del 17 de diciembre de 1991)



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

La Asamblea General de Naciones Unidas aprobó los principios que establecen las normas básicas para el tratamiento y condiciones de vida dentro de las instituciones psiquiátricas. Integrado por 25 principios, este instrumento internacional constituye una de las normas fundamentales en torno al respeto de los derechos humanos del enfermo mental. Estos principios consagraron el derecho a recibir un tratamiento médico en condiciones de dignidad. Sobre todo, a no sufrir discriminación ni ser víctima de abuso sexual, explotación económica, etc. En lo fundamental, los principios reconocen a los enfermos mentales los mismos derechos humanos de los que gozan las demás personas pero tomando en cuenta sus condiciones de salud.

Si bien este Colegiado tiene en cuenta la totalidad de las disposiciones de los instrumentos de protección de los derechos humanos de los discapacitados mentales, en lo que interesa al caso de autos, resulta oportuno destacar las disposiciones comprendidas en el artículo 16º del presente Instrumento, en la medida que establece las condiciones para la permanencia o el ingreso voluntario de los pacientes psiquiátricos. En efecto, este dispositivo admite la posibilidad que una persona sea admitida como paciente involuntaria cuando existe un riesgo grave de daño inmediato a sí mismo o a terceros o cuando la libertad de la persona pueda representar un impedimento para la continuación adecuada del tratamiento o un deterioro mayor de sus facultades mentales.

29. En el sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos destacan los siguientes instrumentos internacionales:

1. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
(Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, 1948).

En el artículo XI establece: "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad".

2. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
(Ratificado por el Perú el 4 de junio de 1995).

El artículo 10º del denominado Protocolo de San Salvador reconoce el derecho a la salud, "como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social" y lo consagra como un bien público. El Comité Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha entendido este precepto y, por ende, el derecho a la salud, como un derecho humano fundamental indispensable para el ejercicio de los demás derechos, principalmente, el derecho a la vida, la no discriminación, al trabajo, la alimentación y la vivienda digna, etc. Para el Comité todos estos derechos constituyen componentes integrales del derecho a la salud. A tal punto que frente a su ausencia no es

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

viable alcanzar “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

Desde la perspectiva del sistema internacional de los derechos humanos, el Estado no puede garantizar la buena salud ni otorgar protección frente a todas las causas posibles que pueden afectar la salud de un ser humano, como son los factores genéticos, la propensión a enfermedades o la adopción de ciertas formas de vida. El concepto del “disfrute del más alto nivel posible de salud” a que se hace referencia en el artículo 10° del Protocolo de San Salvador, significa que el derecho a la salud debe entenderse como el derecho a disfrutar de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Asimismo, el Protocolo de San Salvador declara en su artículo 18°, relativo a la protección de los minusválidos, que “toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Con tal fin, los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas que sean necesarias para ese propósito y en especial:

- a) “ejecutar programas específicos destinados a proporcionar a los minusválidos los recursos y el ambiente necesario para alcanzar ese objetivo, incluidos programas laborales adecuados a sus posibilidades y que deberán a sus posibilidades y que deberán ser libremente aceptados por ellos o por sus representantes legales, en su caso”
- b) “Proporcionar información especial a los familiares de los minusválidos a fin de ayudarlos a resolver los problemas de convivencia y convertirlos en agentes activos del desarrollo físico, mental y emocional de éstos”
- c) “Incluir de manera prioritario en sus planes de desarrollo urbano la consideración de soluciones a los requerimientos específicos generados por las necesidades de este grupo”
- d) “Estimular la formación de organizaciones sociales en las que los minusválidos puedan desarrollar una vida plena”.

3. Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. (Adoptado con fecha 06/07/99, en la XXIX Asamblea General de la OEA, ratificado por el Perú el 30 de agosto de 2001)

30. La Convención entiende la discapacidad como “(...) una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

puede ser agravada por el entorno económico y social” (El subrayado es nuestro).

Por su parte, la Convención incide nuevamente en que la finalidad de la misma consiste no solamente en la prevención o eliminación de toda forma de discriminación contra las personas con discapacidad (a través de la adopción de medidas legislativas, sociales, educativas, laborales, entre otras), sino también en propiciar su integración en la sociedad.

La lectura atenta de los instrumentos internacionales de protección de los derechos de las discapacitados mentales permite concluir, como lo señala en su parte declarativa la Convención Americana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, que éstas “tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas y, que estos derechos, incluido el de no verse sometido a discriminación fundamentada en la discapacidad, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano”.

4. La Corte Interamericana de Derechos Humanos: El Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil (Sentencia del 4 de julio de 2006)

31. En el caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, la Corte Interamericana tuvo oportunidad de pronunciarse sobre el derecho a la salud mental conforme a los estándares internacionales de protección de los derechos humanos. En esta sentencia, la Corte enfatizó la “especial obligación que tienen los estados de asegurar una prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad mental que se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios de esa naturaleza que sean lo menos restrictivo posible, y la prevención de las discapacidades mentales”.

Se considera que todo tratamiento de salud dirigido a personas con discapacidad mental habrá de tener como finalidad principal el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad como ser humano, que se traduce en el deber de adoptar como principios orientadores del tratamiento psiquiátrico, el respeto a la intimidad y a la autonomía de las personas.

Agrega la Corte que cuando sea comprobada la imposibilidad del enfermo para consentir su internamiento o cuando haya discrepancia sobre el tratamiento adecuado a ser empleado, corresponderá a sus familiares, representantes legales o a la autoridad competente decidir al respecto.

La Corte condena los métodos de sujeción, a los cuales considera como una de las medidas más agresivas a que puede ser sometido un paciente en tratamiento psiquiátrico. Su aplicación debe llevarse a cabo como última *ratio*. Sólo en casos de necesidad y únicamente para proteger al enfermo, al personal médico o a



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

terceros, es decir, cuando el comportamiento del paciente represente una amenaza a la seguridad.

32. Pero no son solo estos los únicos instrumentos internacionales en materia de salud mental que sirven de marco y parámetro para dilucidar la controversia de autos. El Tribunal Constitucional también ha tenido en cuenta:

1. La Declaración de Caracas (Organización Panamericana de la Salud AG/RES.1249-XXIII-O- 1993)

Aprobada por la Organización Panamericana de la Salud, la Declaración de Caracas proscribe la prestación clásica del servicio de salud mental; es decir, aquella que está basada en la atención intramural. Propugna, por el contrario, la integración de los enfermos mentales a la sociedad, especialmente a su entorno familiar y comunitario.

Asimismo, exhorta a los Estados a adecuar su legislación y organización prestacional de salud a los nuevos parámetros de atención a los discapacitados mentales.

2. Los Diez Principios Básicos de las Normas para la atención de la Salud Mental. (Organización Mundial de la Salud/ División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias)

Aprobado también por la Organización Mundial de la Salud el 17 de diciembre de 1991, este instrumento internacional enumera y describe los diez principios básicos para la atención de la salud mental: 1) promoción universal de la salud mental y prevención de los trastornos mentales; 2) acceso a una atención básica de calidad de la salud mental; 3) la evaluación de la salud mental se llevará a cabo de acuerdo a los principios aceptados internacionalmente; 4) los enfermos mentales deben estar provistos de una atención que sea lo mínimamente restrictiva; 5) el derecho del discapacitado mental a la autodeterminación, lo que significa la posibilidad de consentir en el tratamiento a que será sometido. Para el caso de autos, es importante destacar lo señalado en el inciso 3 del principio 5, el mismo que a la letra dice: "Si se determina que una persona con trastorno mental es incapaz de dar un consentimiento, lo cual será un caso ocasional típico, pero no sistemático, deberá haber un sustituto responsable para la toma de decisiones (pariente, amigo o autoridad), autorizado para decidir en nombre del paciente, por su óptimo interés los padres o tutores, si los hay, darán el consentimiento por los menores"; 6) los discapacitados mentales tienen derecho a ser asistidos por expertos en el ejercicio de su autodeterminación; 7) los pacientes con problemas de salud mental tienen derecho a disponer de procedimientos de revisión en relación con las decisiones adoptadas por los responsables de tomarlas, sea éste un funcionario, juez, sustituto, tutor, etc.; 8) si el paciente va a ser objeto de una medida que implica restricción de su integridad (tratamiento) o de su libertad (hospitalización) por un período de larga duración, la legislación del Estado debe prever un mecanismo automático de revisión

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

periódica; 9) las decisiones que tienen que ver con la situación del enfermo mental serán asumidas por la autoridad competente previo conocimiento informado; 10) las decisiones que involucran la salud de los enfermos mentales, deben ser asumidas de conformidad con las leyes vigentes y los estándares internacionales de protección de los derechos humanos.

33. A estos instrumentos internacionales se suman otros que, si bien son importantes y a los cuales este Colegiado les ha deparado especial reflexión, dada la naturaleza del caso *sub judice*, no es posible más que su simple enumeración:

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (Ratificado con fecha 20 de agosto de 1982, depositado el 13 de setiembre de 1990).
- Convención sobre los derechos del Niño, de 1989. (Ratificado con fecha 14 de agosto de 1982, depositado el 13 de setiembre de 1979).
- Carta Social Europea, del 18 de octubre de 1961, Consejo de Europa-Estrasburgo, en su forma revisada.
- La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. Aprobada el 27 de julio de 1981 durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana reunida en Nairobi, Kenya.
- Declaración de Manila sobre la Legislación concerniente a las personas con discapacidad de los países en desarrollo, proclamada en la II Conferencia Internacional sobre Legislación concerniente a las personas con discapacidad, organizada por "Rehabilitación Internacional", que se realizó del 16 al 20 de enero de 1978 en Manila, Filipinas.
- Declaración de Cartagena de Indias sobre Políticas Integrales para las Personas con Discapacidad en el Área Iberoamericana. Aprobada en la Conferencia Intergubernamental Iberoamericana sobre Políticas para Personas Ancianas y Personas Discapacitadas Colombia, 30 de octubre de 1992.
- Resolución sobre la Situación de las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (AG/RES. 1249 (XXIII-O/93)).
- Declaración de Managua, suscrita el 3 de diciembre de 1993, Día Internacional de la Persona con Discapacidad, en Managua, Nicaragua.
- Declaración de Viena y Programa de Acción aprobados por la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (15/7/93); la Declaración y el Programa de Acción de Viena fueron



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL



aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos el 25 de junio de 1993.

- Resolución sobre la "Situación de los discapacitados en el continente americano", AG/RES. 1296 (XXIV-O/94).
- Resolución sobre la Situación de los Discapacitados en el Continente Americano (AG/RES. 1356 (XXV-O/95)). Resolución aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 9 de junio de 1995.
- Compromiso de Panamá con las Personas con Discapacidad en el Continente Americano aprobado mediante resolución de Asamblea General AG/RES. 1369 (XXVI-O/96). Resolución aprobada en la sexta sesión plenaria, celebrada el 5 de junio de 1996.
- Declaración de Panamá: La discapacidad, un asunto de derechos humanos. Ciudad de Panamá, 16 al 20 de octubre del 2000. Proclamada en el marco del "Seminario Regional sobre los niños y las niñas con discapacidad". En vísperas de la X Cumbre Iberoamericana de Jefas y Jefes de Estado.
- Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental. Aprobado por la Comisión en su 111ª período extraordinario de sesiones, el 4 de abril del 2001.
- Declaración del Año Iberoamericano de las Personas con Discapacidad - Apartado 39 de la "Declaración de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia)", efectuada en el marco de la "XIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno", celebrada en Santa Cruz, Bolivia, los días 14 y 15 de noviembre de 2003.
- Declaración de Montreal sobre discapacidad intelectual, aprobado en el marco de la "Conferencia internacional sobre discapacidad intelectual" promovida por la OMS/OPS y celebrada en Montreal, Canada, los días 5 y 6 de octubre del 2004.
- Declaración del Decenio de las Américas: Por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad (2006-2016). Aprobada en el Trigésimo Sexto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, Cuarta sesión plenaria, celebrada el 6 de junio de 2006, con Resolución AG/DEC. 50 (XXXVI-O/06).
- Programa de Acción para el Decenio de las Américas: Por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad (2006-2016). Aprobado en el Trigésimo Sexto período ordinario de sesiones de la Asamblea



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

General de la OEA, Cuarta sesión plenaria, celebrada el 6 de junio de 2006, con Resolución AG/RES. 2230 (XXXVI-O/06).

34. Desde una perspectiva panorámica del derecho internacional de los derechos humanos en materia de salud mental, se advierte que los principios que lo inspiran están destinados al logro de la rehabilitación y a un tratamiento que estimule la independencia personal, la autosuficiencia y la integración social del discapacitado con proscripción del método intramural y a ser tratado en igualdad de condiciones, sin discriminación y en estricto respeto de sus derechos fundamentales.
35. Este Colegiado, como intérprete supremo de la Constitución, invoca al legislador, y en particular a las autoridades del sector salud, adoptar todas las medidas que tengan como finalidad la protección del derecho a la salud mental. Para ello es preciso que se cuente no sólo con mecanismos legislativos acordes con los sistemas internacionales de protección de derechos humanos, sino también con un conjunto de políticas públicas intersectoriales destinadas a evitar la lesión de los derechos del discapacitado mental, que por su particular situación se encuentra en una mayor situación de vulnerabilidad.

§.5. LA POLÍTICA DEL ESTADO PERUANO EN MATERIA DE SALUD MENTAL

36. Como ya se dijo, el artículo 7° de la Constitución Política consagra el derecho de toda persona "(...) a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como al deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad". Además el artículo 9° de la Ley Fundamental dispone que "(...) el Estado determina la política nacional de salud. El poder ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud".
37. Así también la Ley General de Salud, Ley 26842, en el artículo II de su Título Preliminar, establece que "(...) la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla". Del mismo modo, en el artículo V se declara que "(...) es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social".
38. La Ley General de las Personas con Discapacidad, Ley 27050, en el artículo 14°, indica que las medidas de prevención, están destinadas a "(...) impedir las deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a evitar que las deficiencias ya producidas tengan mayores consecuencias negativas tanto físicas, psicológicas



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

como sociales”. Asimismo, se ordena que la Comisión Nacional de Discapacitados (CONADIS), “(...) en coordinación con las instituciones públicas correspondientes, realiza las investigaciones científicas necesarias para detectar las causas que ocasionan discapacidad en las diferentes zonas del país”. De igual forma, el artículo 16° de esta ley señala que “(...) la persona con discapacidad tiene derecho al acceso a los servicios de salud del Ministerio de Salud. El personal médico, profesional, auxiliar y administrativo les brindan una atención especial en base a la capacitación y actualización en la comunicación, orientación y conducción que faciliten su asistencia y tratamiento”. Más aún, la primera de sus disposiciones finales reafirma que “(...) las normas de los Convenios Internacionales suscritos por el Perú, sobre derechos y obligaciones a favor de las personas con discapacidad, forman parte de la presente Ley y su Reglamento, conforme a lo dispuesto en la Constitución”.

39. En el plano de la normatividad reglamentaria, el Ministerio de Salud ha emitido los “Lineamientos para la Acción en Salud Mental”, y la “Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz”. También el Consejo Nacional de Salud ha aprobado el “Plan Nacional de Salud Mental”.
40. El Tribunal Constitucional deplora que hasta la fecha el Estado peruano no haya aprobado la Ley de Salud Mental, no obstante que en el período de la congresista Mercedes Cabanillas como Presidenta del Congreso de la República, el Grupo Parlamentario “Unión por el Perú” presentó un proyecto de Ley sobre la materia (119/2006-CR). Su aprobación habría constituido un esfuerzo encomiable en el cumplimiento del Estado peruano de sus compromisos internacionales contraídos en el ámbito de la protección de los derechos humanos. Resulta también lamentable el archivamiento del Proyecto de Ley N° 11380 del 9 de setiembre de 2004, que tenía como objeto el de difundir los derechos de los pacientes con enfermedades mentales en las instituciones de salud mental. También el Proyecto de Ley N° 12669 del 30 de marzo de 2005, que intentó incorporar en la Ley General de Salud un título especial dedicado a la Salud Mental. De igual manera el proyecto de Ley N° 11885/2004 – CR del 8 de noviembre de 2004, que priorizaba la información sobre las enfermedades mentales a fin de prevenirlas y detectarlas para recibir un tratamiento oportuno.

El Plan Nacional de Salud Mental: Resolución Ministerial N.º 0943-2006-MINS.

41. El Plan Nacional de Salud Mental ha sido concebido conforme a los estándares internacionales de protección de los derechos humanos, ya que promueve la implementación de servicios comunitarios, la integración de las personas con discapacidad mental en la sociedad y en la familia, así como la proscripción del método intramural. Pretende incorporar en los patrones valorativos de la sociedad el tratamiento del enfermo mental desde una perspectiva dignificadora, dado que, como persona es portador de derechos humanos irrenunciables. Pero la realidad económica, cultural y social es uno de los mayores obstáculos a vencer para materializar los objetivos que el Estado se ha planteado. El presupuesto es reducido, los profesionales son insuficientes en número y calidad

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

y la capacitación es limitada para la dimensión del problema. La conciencia sobre la salud mental como un derecho humano es larval y se trata de una enfermedad que requiere de tratamientos costosos. Todavía subsisten métodos que han sido calificados por los organismos internacionales de protección de los derechos humanos como crueles, inhumanos y degradantes (los manicomios, las golpizas, la tortura como castigo, las reclusiones en celdas de manera permanente, el hacinamiento, la insalubridad, etc.).

42. En julio del año 2005 el Estado aprobó el “Plan Nacional de Salud Mental”(en adelante El Plan). El establecimiento de una política en materia de salud mental tuvo como fuentes de inspiración dos documentos aprobados en el 2004 por el Ministerio de Salud: los “Lineamientos para la Acción en Salud Mental” y la “Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz”. El diagnóstico del *amicus curiae* se ve reflejado en El Plan. En efecto, la Resolución Ministerial No. 0943-2006-MINSA identifica como los principales problemas que inciden en la salud mental:

“En relación a los problemas y trastornos de salud mental

- Elevadas tasas de prevalencia de violencia contra mujeres, niños, niñas y personas adultas mayores.
- Incremento de la pobreza y de la desigualdad en la distribución de los recursos, desempleo, falta de protección social, falta de reconocimiento de los méritos y escasas oportunidades para el ascenso social que dan lugar a falta de perspectivas para el futuro.
- Graves secuelas psicológicas y económicas en la población que ha sobrevivido a la violencia política, con dificultad por parte del Estado y de la población no afectada tanto para reconocer la magnitud de la afectación como para asignar los recursos para la reparación.
- Alta tasa de prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos, incluyendo el incremento de la frecuencia de suicidio e intento de suicidio, habiendo cambiado nuestro país de ser un país con una tasa baja a ser un país con tasa moderada de suicidios en los últimos diez años.
- Elevado número de personas con trastornos psicóticos crónicos que no reciben atención adecuada.
- Gravedad del alcoholismo como problema de salud pública en el país, con consecuencias negativas sobre la salud física y mental de la población y repercusiones económicas aún no cuantificadas en su real magnitud; el consumo de otras sustancias psico-activas se incrementa continuamente.

En relación a la respuesta del Estado

- A pesar de las cada vez más claras vinculaciones entre problemas socioeconómicos y psicosociales –como la pobreza, anomia, distribución inequitativa de los ingresos, falta de acceso a la educación y al empleo, violencia, corrupción, falta de perspectivas futuras- y la presencia de trastornos mentales y del comportamiento, no hay una respuesta concertada que permita mejorar significativamente las condiciones de vida de las personas.
- Falta de prioridad de la salud mental en los planes del sector.
- Escaso presupuesto, centralización del mismo y desconocimiento del gasto real en salud mental.
- Modelo de intervención vigente que tiende a fragmentar el proceso de promoción, prevención, atención y rehabilitación, optando, muchas veces, por un sólo aspecto y



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL



excluyendo o desvalorizando el otro; cuando a nivel local la atención debe ocurrir unificadamente.

- Centralismo y carácter intramural del modelo de atención, con poca relación comunitaria.
- Escasa cobertura y acceso a la atención y a los medicamentos necesarios, especialmente en los casos que producen discapacidad; como las psicosis crónicas, retraso mental y trastornos orgánicos cerebrales.
- Inadecuado diagnóstico y manejo integral de los problemas psicosociales más graves (como las violencias) y de los trastornos adictivos (alcoholismo, tabaquismo, ludopatía)
- Recursos humanos poco motivados y capacitados, que laboran en ambientes mal implementados, donde atienden problemas humanos graves y reciben poco estímulo para su desarrollo con la consecuencia de manifestaciones de síndrome de agotamiento y desmoralización.
- Falta de una cultura de buen trato y de respeto a los derechos humanos de los usuarios.

En relación a la coordinación intersectorial

- Escasos planes, programas y servicios de salud mental. Los existentes no están articulados entre los sectores e instituciones del Estado, y no cuentan con un enfoque de salud pública, produciendo una reducida cobertura y duplicación de acciones.
- Falta de reconocimiento del Ministerio de Salud (MINSA) como ente rector en salud mental.
- Ausencia de espacios de coordinación permanente de políticas y planes.
- Baja prioridad de la estrategia de intervención en redes locales intersectoriales.
- Falta de posicionamiento en los sectores de la importancia de la salud mental para el desarrollo del país.
- Falta de reconocimiento en los diversos sectores y en las regiones, de la importancia de la salud mental para el desarrollo del país.

En relación a la comunidad

- Discriminación, exclusión y estigmatización de las personas, familias y grupos que sufren problemas de salud mental. Esto favorece la invisibilización de los problemas y la falta de búsqueda de ayuda.
- Falta de información, conocimiento y actitudes que favorezcan las iniciativas de intervención en salud mental por parte de la sociedad civil en forma organizada.
- Desconocimiento de la importancia de la salud mental como determinante del bienestar y desarrollo de la comunidad, dando lugar a que las autoridades regionales y locales no incorporen la salud mental en sus planes”.

43. Como ya se ha tenido oportunidad de expresar, el Tribunal Constitucional es consciente de la problemática. Su posición de garante de los derechos fundamentales le exige evaluar la política estatal en el marco de los instrumentos internacionales de derechos humanos y alertar a las autoridades encargadas de la necesidad de ejecutar, con la mayor eficacia e intensidad posible, las acciones que sean necesarias para acabar con un problema de salud pública. De ahí que en este punto, es imprescindible detenerse en el comentario de algunos problemas identificados por El Plan.

E.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

A. En relación con las graves secuelas psicológicas y económicas en la población que ha sobrevivido a la violencia política y la dificultad para asignar los recursos destinados a la reparación

Uno de las más acentuadas deficiencias en el terreno de la salud mental es la indiferencia del Estado para tratar los problemas postraumáticos, que se producen a propósito de la violencia política, epidemias o calamidades como la ocurrida en el departamento de Ica, luego del movimiento telúrico acontecido el 15 de agosto de 2007.

Ya la Comisión de la Verdad y Reconciliación Nacional (en adelante CVR) ha señalado que la violencia política ha generado en grandes sectores de la población tanto rural como urbana “un estado de desconfianza, temor, inseguridad, parálisis y dolor generado por la violencia que aún persiste en las personas y comunidades”. Los lazos de solidaridad fueron rotos, las familias desintegradas por el desplazamiento involuntario. Y en el ámbito personal, “el daño a la salud mental se expresó en una serie de problemas que afecta el funcionamiento social y limita las posibilidades de una vida digna, encontrándose [la persona] con depresión, problemas psicosomáticos, estrés postraumático, ansiedad generalizada, impulsividad, agresividad, entre otros”.

B. Sobre la vinculación entre los problemas socioeconómicos y psicosociales, la presencia de trastornos mentales y la falta de una respuesta concertada

La estrecha vinculación entre los problemas socioeconómicos y psicosociales, sólo puede enfrentarse mediante políticas proactivas de salud mental. En efecto, los males que se padecen a consecuencia de un déficit en la salud mental se deben a fenómenos negativos que tienen mucho que ver con el proceso de modernización y con el fenómeno de la globalización y su impacto sobre la población. Ambos factores intensifican el proceso de migración del campo a la ciudad, el desarraigo y la discriminación. Estos males se concentran mayormente en las poblaciones más vulnerables, como son las madres que sufren violencia doméstica, los niños de la calle, los adultos mayores en estado de abandono, las poblaciones indígenas que son marginadas y aquellos sectores sociales que son excluidos por su estatus económico o cultural. A esto se aúna el desempleo que produce baja autoestima, la desconfianza en el otro, la corrupción y la ausencia de una cultura de respeto y de valores como caldo de cultivo de las enfermedades mentales.

Pero una cultura proactiva solo es posible si el Estado termina por reconocer, conforme al Plan, que el ente rector de la salud mental es el Ministerio de Salud. De este modo se evitaría la duplicidad de funciones que este Tribunal ha observado. Así, por ejemplo, la CONADIS concentra y ejerce competencias que son propias de la Dirección de Salud Mental. Urge, en consecuencia, adecuar el funcionamiento de los organismos estatales para la fijación de un ente rector que lleve a cabo el proceso descentralizador del gobierno central a las regiones y de las regiones a los municipios.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

C. Acerca de la falta de prioridad de la salud mental en los planes del sector

El Estado debe tomar consciencia que la salud mental es un problema público. El Presupuesto ínfimo es el ejemplo más ilustrativo de la indiferencia estatal ante una enfermedad que afecta casi al tercio de la población nacional. De otro lado, no se observa una capacitación profunda de funcionarios en el tema de los derechos fundamentales de los discapacitados mentales ni la generación de una consciencia social sobre la salud mental como un derecho humano. Es imprescindible dotar a la Dirección de Salud de un presupuesto propio, adecuado y convertirla en una Dirección Nacional para alcanzar estos objetivos.

D. En torno al escaso presupuesto, a su carácter centralizado y al desconocimiento del gasto real en salud mental

El escaso presupuesto y su carácter centralizado son un indicativo más de la forma en que el Estado peruano viene incumpliendo sus compromisos internacionales que lo obligan a proteger la salud como un derecho humano.

Cuando se trata de la protección de los derechos económicos, sociales y culturales, el cumplimiento estatal de sus compromisos internacionales no se merita en función de si hay o no Presupuesto, sino en el modo y el comportamiento del Estado para dar inicio a un goce progresivo de estos derechos. Este comportamiento, incompatible con los instrumentos de protección de la salud mental, se hace evidente cuando el propio Estado reconoce que no tiene el presupuesto asignado a la salud mental. Es necesaria la existencia de un marco legal adecuado, con autoridades conscientes del problema y con decisión política para ejecutar un plan progresivo, que debe empezar por la atención inmediata de los enfermos. Solo de este modo se alcanzará a mediano plazo el estándar mínimo de protección que exigen los tratados. Como anota Pedro Nikken, "(...) para establecer que un gobierno ha violado tales derechos no basta con demostrar que no ha sido satisfecho, sino que el comportamiento del poder público en orden a alcanzar este fin no se ha adecuado a los estándares técnicos o políticos apropiados".

E. En referencia al modelo intramural de atención y la ausencia de participación comunitaria

Si bien es verdad que el modelo intramural está ampliamente superado y se suplanta por una inserción de los enfermos mentales en la comunidad, también lo es que esto último sólo es posible en estados que han alcanzado un cierto grado de desarrollo y concientización de los derechos humanos de los enfermos y de la prohibición de discriminarlos. Dada la situación real en que se encuentra la política estatal, así como la infraestructura para llevarla a cabo, el modelo intramural debe ser superado gradualmente, y para ello este Colegiado considera que el Ministerio de Salud debe iniciar un plan piloto de instauración del nuevo modelo, a fin de propiciar la inserción gradual y progresiva de los enfermos



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

mentales en la comunidad. Es urgente ejecutar programas que involucren a los gobiernos locales y a la comunidad vecinal, que tengan como propósito la toma de consciencia de que es más beneficioso para un enfermo mental su integración en la comunidad, mejor aún en la familia, que su reclusión en centros de tratamiento. Esto implica el desarrollo de una cultura basada en los valores de los derechos humanos, especialmente en la interdicción de la discriminación de los enfermos mentales.

F. En lo concerniente a la escasa cobertura médica y de acceso a los medicamentos

Es necesario que el Ministerio de Salud dé inicio a una capacitación de los profesionales médicos del Sector, con la finalidad de cubrir el déficit de profesionales especializados y permitir un mínimo de descentralización. El Propio Plan Nacional de Salud recomienda la necesidad de “definir la conformación de los equipos de profesionales especialistas en salud mental, según el nivel de complejidad” (depresión, ansiedad, bipolaridad, esquizofrenia paranoide, trastornos postraumáticos, etc.)

El Ministerio de Salud debe contemplar en el presupuesto de los próximos años una ampliación de la partida presupuestaria destinada a la entrega gratuita de los fármacos, bajo un principio de equidad para garantizar este acceso equitativo y racional de los medicamentos teniendo en cuenta que los recursos son limitados. Para las personas que no cuentan con capacidad económica, el Ministerio de Salud debe definir una política que permita el acceso a los medicamentos a través de precios adecuados y de calidad. Nada de esto es posible sino se cuenta con la normativa adecuada que garantice el acceso eficaz, oportuno y de calidad a esta clase de medicamentos.

§6. LA REALIDAD DE LA SALUD MENTAL EN EL PERU: LA PARTICIPACION COMO *AMICUS CURIAE* DEL DIRECTOR DE SALUD MENTAL, DOCTOR HUGO LOZADA ROCA

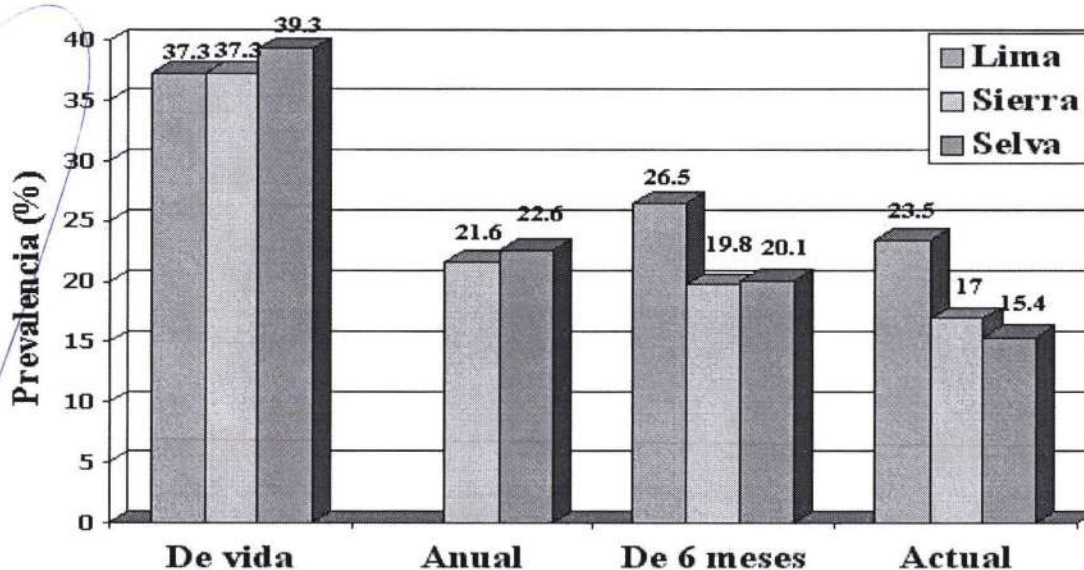
44. Con la finalidad de obtener un diagnóstico oficial y una información actualizada sobre los logros, retrocesos y retos que debe enfrentar la política del Estado en materia de salud mental, este Colegiado solicitó la participación en calidad de *amicus curiae* del Director de Salud Mental, doctor Hugo Lozada Roca. De su exposición el Tribunal Constitucional pudo rescatar las siguientes cifras y arribar a algunas conclusiones. Así el 70% de la población no tiene una noción apropiada de lo que es la salud mental o simplemente la desconoce, pese a que se trata de un problema de orden público, dadas las cifras oficiales entregadas por el funcionario del sector salud. El desconocimiento de la enfermedad tiene como principal secuela el hecho de que la mayoría de enfermos no reconoce su dolencia y es renuente en asistir a los centros especializados. También existe un marcado prejuicio en torno a las enfermedades mentales que se traduce en una subsecuente discriminación de la que pueden ser víctimas este sector de la población. Más aún si se tiene en cuenta que el diagnóstico afirma que hay una

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

estrecha asociación entre pobreza y trastornos psiquiátricos, sobre todo en Lima y la selva.

45. En el Perú los desordenes neuropsiquiátricos constituyen la principal enfermedad, por encima del cáncer, la tuberculosis, la malaria, las deficiencias cardiovasculares y otros males. Es decir, que “los trastornos mentales, en especial la depresión y los trastornos de ansiedad son problemas serios de salud pública” y que “en general más de un tercio de las poblaciones adultas estudiadas ha padecido algún trastorno psiquiátrico alguna vez en su vida, resaltando Ayacucho e Iquitos”. Este cuadro es hartamente demostrativo:

SITUACIÓN DE SALUD MENTAL



Fuente: Dirección de Salud Mental- Ministerio de Salud

46. La problemática que se presenta en este cuadro, a *grosso modo*, es que la cifra poblacional de enfermos mentales se concentra mayormente en la selva y la sierra. No obstante, la atención de los pacientes en centros especializados se halla en la ciudad de Lima. La centralización hospitalaria limita la atención de los pacientes, hecho que se agrava con la asignación irracional del presupuesto y el insuficiente número de profesionales.
47. Mientras que el 75% de los recursos se destina al pago de los sueldos, el 78% de los psiquiatras del Ministerio de Salud trabajan en Lima, un aproximado de 504 médicos. La indiferencia estatal es de tal envergadura que la Dirección de Salud no cuenta con presupuesto propio y el que se destina a la política en materia de salud mental, apenas llega al 0.5%. De otro lado, no hay una política en materia de comercialización de fármacos. Su costo aproximado oscila entre los 400 y



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

600 nuevos soles, lo que se agrava en la medida que los seguros privados no cubren los padecimientos de la salud mental.

En cuanto a los servicios de salud mental, el *amicus curiae* señaló que en el Ministerio de Salud solo diez establecimientos brindan hospitalización por motivos de salud mental, a pesar de que cuenta con un total de 462 centros hospitalarios. Según el Informe N.º 102 de la Defensoría del Pueblo, en estos diez hospitales se hacían 1019 pacientes. Este hecho se torna preocupante si se tiene en consideración que el Estado sólo cuenta con cinco centros hospitalarios especializados en atención psiquiátrica: Hospital Víctor Larco Herrera; Hospital Hermilio Valdizán; Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi; Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos; Hospital de Apoyo Domingo Olavegoya de Junín. De estos cinco, tres están ubicados en Lima; no obstante, pero que con el apoyo de los centros no especializados en atención psiquiátrica, sólo brindan atención al 24.3% de la demanda potencial en salud mental.

48. En conclusión el problema de la salud mental es asaz complejo. Hunde sus raíces en la violencia juvenil originada por problemas familiares, la falta de oportunidades, de participación y recreación. También tiene su origen en la exclusión social que se traduce en un sentimiento de anomia generalizada. Tampoco puede obviarse la estrecha vinculación entre la enfermedad mental con el suicidio, la violencia contra la mujer, los problemas de la adolescencia, el número de embarazos no deseados en este sector de la población, así como el consumo y abuso de sustancias adictivas. También es necesario tener en cuenta las graves secuelas que produce en la salud mental de la población infantil el trabajo forzoso y el de alto riesgo que es contraproducente con su desarrollo intelectual, psíquico y moral.

§7. ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

49. La recurrente interpone demanda de amparo a favor de su hija G.R.S. contra EsSalud, a fin de que se deje sin efecto el Informe Médico de Alta de fecha 7 de noviembre de 2005. Sostiene que dicho informe afecta el derecho fundamental a la salud de su señora hija, pues, a su juicio, ésta requiere tratamiento psiquiátrico permanente porque adolece de esquizofrenia paranoide. Sustenta sus afirmaciones además en el hecho de que, a su entender, el informe es contradictorio y no toma en cuenta que la demandante no está en la posibilidad de hacerse cargo de la paciente.
50. En su defensa, el demandado ha argumentado que la decisión de alta de G.R.S. se sustenta en criterios estrictamente médicos. Que la demandante lo que en realidad pretende es desentenderse de su obligación familiar de asumir la curatela de la paciente. Que en ningún momento se ha sustraído de sus obligaciones con respecto a la paciente. Que en todo caso, el criterio médico que ha sustentado la decisión de dar de alta a G. R. S. no es susceptible de cuestionamiento, por cuanto se ha basado en que la paciente no necesita de un



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

tratamiento permanente. Y que no considera que se esté vulnerando el derecho fundamental a la salud de G. R. S.

51. El Informe Médico de Alta señala, de manera general, que la paciente G.R.S. ha obtenido una mejora casi total en el área psicopatológica y significativa en el de desempeño laboral, excesos conductuales, actividades de la vida diaria y socialización. Sin embargo, en el mismo Informe se indica que la paciente requiere de un apoyo especial por parte de su familia. Es decir, se condiciona el éxito del tratamiento médico a que éste se complemente con un adecuado apoyo familiar.
52. No obstante a folios 9 obra la carta de fecha 23 de junio de 2005, mediante la cual la madre de la señora G. R. S. se dirige al Director de EsSalud de Pasco. En esta correspondencia la madre expresa que es una anciana que vive sola; que su esposo falleció en el año 2004; y que carece de los servicios básicos de agua y luz, por lo que considera imposible hacerse cargo de su hija, sobre todo debido a su avanzada edad.
53. Asimismo, a folios 34 se aprecia el Certificado Médico N.º 719519 de fecha 19 de noviembre de 2004, mediante el cual se certifica que la recurrente fue operada de la cadera izquierda (prótesis), y que, por lo tanto, no está en condiciones de cuidar a otra persona, sino que, por el contrario, ella también debe tener cuidados especiales a cargo de personas dedicadas al cuidado de enfermos y ancianos.
54. También debe tenerse en consideración que en el Informe de Alta se evidencia las dificultades que en otras oportunidades ha tenido la paciente G. R. S. para su reinserción familiar. Se ha sentido discriminada y ha mostrado una gran agresividad selectiva contra la madre (folio 46).
55. De todos estos elementos objetivos puede concluirse que no obstante el Informe de Alta, la paciente G.R.S. no tiene las condiciones familiares necesarias para que su tratamiento médico sea vigilado. Más aún si éste requiere mantener el tratamiento farmacológico por tiempo indefinido con fármaco vigilancia, lo cual, como es evidente, no puede ser realizado por la madre debido a su avanzada edad y a los impedimentos físicos que padece y por no existir otro pariente que la sustituya.
56. Finalmente, el Informe Médico de Alta concluye que la paciente G. R. S. requiere de un régimen de Hospital de Día en salud mental; soporte psicoeducativo a familiares; mantener por tiempo indefinido el tratamiento farmacológico con fármaco vigilancia; que las recomendaciones deben ser administradas y coordinadas por su hospital de origen; y, por último, que debe salir de alta y acudir con familiares a consultorio de psiquiatría o en su defecto de medicina general.



La participación del doctor Enrique Galli en su calidad de amicus curiae

57. Si bien es verdad que el Tribunal Constitucional puede resolver el caso de autos teniendo en cuenta los mandatos de la Constitución y los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos; su pronunciamiento, sin embargo, correría el riesgo de no ajustarse al valor justicia ni al principio-derecho de la dignidad humana, en la medida que no se tenga en cuenta el apoyo de otras ciencias.

58. Dada la complejidad de la incertidumbre jurídica planteada, este Alto Colegiado entiende que no es posible formarse juicio sin la ayuda técnica de un experto en salud mental. De ahí que el Tribunal Constitucional ha creído por conveniente solicitar la participación del reconocido psiquiatra Enrique Galli como *amicus curiae* de los jueces.

59. El doctor Galli expresó que el institucionalismo crónico produce daño y síntomas. Y que si bien es verdad que en los países desarrollados hace tiempo que ha sido superado, dando lugar al cierre de los manicomios, el *amicus curiae* es de la opinión que la realidad psiquiátrica de los países desarrollados no se condice con nuestra realidad. Destacó que la Closapina – medicamento que debe tomar la paciente G.R.S. – es el mejor antipsicótico y antiesquizofrénico que existe. Sin embargo consideró que su costo económico solo es asequible a pacientes de clase media y media alta. El doctor Galli señaló que este fármaco disminuye las defensas al producir en la sangre una considerable baja de leucocitos. Por consiguiente, la paciente está obligada a hemogramas mensuales de por vida. También expuso que le parecía más que imposible que la madre de G. R. S. estuviese en condiciones de atenderla y ayudarla a tomar las medicinas, ya que los esquizofrénicos muchas veces se niegan a ingerirla a consecuencia de que desconocen su enfermedad. Puso de relieve que la esquizofrenia paranoide es una enfermedad incurable y alertó sobre el peligro que corría la paciente de sufrir un cuadro de involución; “una descompensación”:

“Si el paciente deja de tomarlo, como lo va a dejar de tomar, a los pocos días, va a presentar un síndrome de abstinencia, que es una reagudización de la psicosis severísima”.

60. Asimismo describió sucintamente la situación médica de G. R. S. de acuerdo con lo que se detalla en el Informe Médico de Alta:

“Es una paciente que tiene un severo deterioro en el desempeño ocupacional, que tiene una disfunción familiar moderada, que tiene una disfunción social moderada, que tiene la única persona que la va a recibir es una mamá de ochenta años. Que además de esto toma Closapina, que es un antipsicótico, que sabemos que puede producir agranulocitosis y que necesitamos hacerle hemogramas mensuales. Que es una paciente que además de eso, por la Closapina toma Tenolor, porque tiene arritmia.
(...)”



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Es una paciente que en un momento se le diagnosticó hipotiroidismo, y después se le dijo que estaba dentro de lo normal. Nosotros sabemos que la tiroides, problemas hormonales, diabetes, son enfermedades asociadas a la esquizofrenia y al trastorno bipolar. Es una paciente con coeficiente mental que no supera los 77. O sea, que es una paciente con retraso mental. Entonces no es solamente una esquizofrénica, es una esquizofrénica potencialmente agresiva, crónica incurable, que toma un fármaco que puede llevarla a la muerte (...).

61. El *amicus curiae* concluyó que a pesar de que el sistema intramural está proscrito por el sistema internacional de protección de los derechos humanos, la realidad del país es un obstáculo para alcanzar el mínimo que exigen los estándares internacionales. De ahí que sugirió:

“Si esta paciente tuviera un nivel económico medio o alto, en el cual tuviera los cuidados necesarios y suficientes, nosotros podríamos estar de acuerdo con que la paciente regrese a su casa, sería el mejor sitio a estar. Pero una paciente en la cual no tiene el entorno social adecuado y tiene esta enfermedad y estas medicinas que tienen riesgo de vida para ella y para terceros. Yo creo que debemos de tratar de protegerla, no encerrarla para hacerle daño, porque en nuestros países todavía tienen que existir y seguir existiendo estos manicomios, entre comillas, para estos pacientes abandonados”.

62. Esta situación impide una aplicación mecánica de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, pues ello supondría declarar que la paciente G. R. S. debe abandonar el nosocomio para integrarse a su entorno familiar y social, e implicaría un desconocimiento en el caso concreto, del derecho a la salud, a la vida y a la dignidad de G. R. S.
63. Cuando la Constitución indica en su Cuarta Disposición Final y Transitoria, que los derechos constitucionales se interpretan de conformidad con los instrumentos internacionales, ello no supone equiparar el vocablo “conformidad” con “uniformidad”. Las decisiones de un Tribunal que tiene como misión la protección de los derechos humanos sólo tienen sentido si la aplicación de los estándares internacionales optimizan el derecho constitucional en concreto. Pero si suponen un menoscabo –ya sea por razones socioeconómicas, políticas, presupuestarias, culturales– el juez constitucional está en la obligación de llegar creativamente a una situación que suponga un estado de cosas más beneficiosa para la persona y su dignidad.
64. A ello hay que agregar que la realidad de la salud en el Perú se traduce en un sistema legal hospitalario y político sumamente fragmentado y desorganizado, que se estructura en función de la capacidad económica de las personas; y que da origen a inequidades en el reparto de los recursos presupuestarios, lo que trae como consecuencia que la atención y los gastos obedezcan a patrones de exclusión de los más pobres. Ello produce ciudadanos con derechos diferenciados, a tal punto que existen dos modelos de atención: uno basado en la



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

atención primaria destinada a los más pobres y, otro, de naturaleza hospitalaria, en el cual se concentra la mayor parte de los recursos públicos pero que está destinado a la poblaciones de las clases medias y altas, principalmente afincadas en las zonas urbanas, con detrimento de los más pobres, especialmente de las personas que habitan en las zonas rurales.

65. El Tribunal Constitucional, en el caso, constata la imposibilidad de que la madre de la paciente G.R.S. pueda hacerse cargo de ella debido a su avanzada edad, y advierte también la necesidad de que una persona lleve un control del tratamiento farmacológico que como lo ha expresado el *amicus curiae*, ha de ser por tiempo indefinido. Es necesario disponer, por tanto, que las autoridades del centro hospitalario donde se encuentra la paciente brinden de por vida las atenciones médicas necesarias para que no haya retrocesos en el nivel de desarrollo de la enfermedad de la cual adolece G. R. S.

Por estos fundamentos, el Tribunal Constitucional, con la autoridad que le confiere la Constitución Política del Perú

HA RESUELTO

1. Declarar **FUNDADA** la demanda de amparo.
2. Dejar sin efecto el informe de alta de fecha 7 de noviembre de 2005, expedido por el Hospital 1 Huariaca-EsSalud – Pasco.
3. Ordenar que el Seguro Social de Salud–EsSalud, otorgue a G.R.S., atención médica y hospitalización permanente e indefinida, y la provisión constante de medicamentos necesarios para el tratamiento de su enfermedad mental, así como la realización de exámenes periódicos.

Publíquese y notifíquese.

SS.

MESÍA RAMÍREZ
VERGARA GOTELLI
ÁLVAREZ MIRANDA

Lo que certifico:

Dr. Daniel Fgallo Rivadeneyra
SECRETARIO RELATOR (r)